

ÉCOLE NATIONALE VÉTÉRINAIRE DE LYON

Année scolaire 1924-1925. — N° 18

OCCCLUSION DE L'INTESTIN PAR RESSERREMENT CHEZ LE BŒUF

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 31 Mars 1925

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR VÉTÉRINAIRE

PAR

Emile PONCET

Né le 15 Juin 1872 à Annecy (Haute-Savoie)



ANNECY

IMPRIMERIE COOPÉRATIVE L'ABEILLE

2, RUE PRÉSIDENT-FAVRE, 2

1925



Occlusion de l'Intestin

par

Resserrement chez le Bœuf

PERSONNEL ENSEIGNANT DE L'ÉCOLE VÉTÉRINAIRE DE LYON

Directeur M. F.-X. LESBRE.
Professeur honoraire... M. Alfred FAURE, ancien directeur.

PROFESSEURS

Physique et chimie médicale. Pharmacie. Toxicologie ...	MM. PORCHER.
Botanique médicale et fourragère. Zoologie médicale.	
Parasitologie et Maladies parasitaires.....	MAROTEL.
Anatomie descriptive des animaux domestiques. Tératologie. Extérieur.....	LESBRE.
Physiologie. Thérapeutique générale. Matière médicale..	JUNG.
Histologie et Embryologie. Anatomie pathologique. Inspection des denrées alimentaires et des établissements classés soumis au contrôle vétérinaire.....	BALL.
Pathologie médicale des Equidés et des Carnassiers.	
Clinique. Sémilogie et Propédeutique. Jurisprudence vétérinaire.....	CADEAC.
Pathologie chirurgicale des Equidés et des Carnassiers.	
Clinique. Anatomie chirurgicale. Médecine opératoire.	DOUVILLE.
Pathologie bovine, ovine, caprine, porcine et aviaire.	
Clinique. Médecine opératoire. Obstétrique.	CUNY.
Pathologie générale et Microbiologie. Maladies microbiennes et police sanitaire. Clinique.....	BASSET.
Hygiène et Agronomie. Zootechnie et Economie rurale..	BOUCHER.

CHEFS DE TRAVAUX

MM. PORCHEREL.	MM. TAPERNOUX.
AUGER.	TAGAND.
LOMBARD.	

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

Président : M. le Dr TIXIER, Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Lyon, Chevalier de la Légion d'Honneur.

Assesseurs : M. F.-X. LESBRE, Directeur de l'Ecole Vétérinaire, Correspondant national de l'Académie de Médecine, Officier de la Légion d'Honneur.

M. C. CUNY, Professeur à l'Ecole Vétérinaire, Chevalier de la Légion d'Honneur.

La Faculté de Médecine et l'Ecole Vétérinaire déclarent que les opinions émises dans les dissertations qui leur sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elles n'entendent leur donner ni approbation, ni improbation.

A MA FAMILLE

A LA MÉMOIRE DE MON CONFRÈRE ET AMI :

Louis AUBERGER

VÉTÉRINAIRE A COSNE-SUR-L'ŒIL (ALLIER)

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

Monsieur le Professeur TIXIER

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine
et de Pharmacie de Lyon

Chevalier de la Légion d'Honneur

A MON ÉMINENT COMPATRIOTE :

Monsieur le Professeur **LESBRE**

Directeur de l'Ecole Nationale Vétérinaire de Lyon

Officier de la Légion d'Honneur

Commandeur du Mérite Agricole

A Monsieur le Professeur **CUNY**

Professeur de Pathologie bovine à l'Ecole Vétérinaire de Lyon

Chevalier de la Légion d'Honneur

Chevalier du Mérite Agricole

*A ces Maîtres qui ont bien voulu s'intéresser à notre
Thèse, nous adressons nos sincères remerciements.*

*Qu'ils veuillent bien trouver ici le témoignage de notre
reconnaissance et de notre admiration respectueuse.*

Digitized by the Internet Archive
in 2026

A mes anciens Maîtres de l'Ecole
de Lyon

A mes Confrères
du Département de l'Allier

A mes Amis

PLAN GÉNÉRAL

1. Avant-Propos.
 2. Définition. Historique.
 3. Etiologie et Pathogénie.
 4. Symptomatologie.
 5. Diagnostic,
 6. Diagnostic différentiel.
 7. Pronostic.
 8. Traitement.
 9. Anatomie pathologique.
 10. Observations.
 11. Conclusions générales.
-

Avant-Propos

Le travail que j'ai l'honneur de présenter comme thèse a été fait bien avant la guerre. Au moment où je me proposais de le remettre à l'impression, je fus enlevé à ma clientèle et mobilisé pendant toute la durée des hostilités.

A mon retour, le besoin de reprendre contact avec les clients, ainsi que d'autres soucis, m'empêchèrent de réaliser mon projet. En sorte que, quand fut promulguée la loi du 31 juillet 1923 créant le doctorat vétérinaire moyennant la soutenance d'une thèse devant la Faculté de Médecine du siège de l'Ecole où le candidat a fait ses études, mon sujet de thèse était tout trouvé.

Mais si mes nombreuses années de pratique m'ont perfectionné dans l'exercice de mon art et permis d'acquérir le coup d'œil du clinicien, elles m'ont par contre quelque peu déshabitué de l'étude et des recherches bibliographiques qui créent l'érudition ; aussi n'était la bienveillante indulgence de mes juges, je n'aurais jamais osé affronter l'épreuve exigée.

A défaut d'autres qualités, le travail que j'ai l'honneur de leur soumettre est une œuvre de consciencieuse observation, mûrie par une longue expérience. Il a trait à une affection encore mal connue dans son étiologie, relativement fréquente dans l'espèce bovine, presque toujours mortelle, et qu'il y a grand intérêt à diagnostiquer sans retard afin de ne pas perdre le bénéfice d'une utilisation pour la boucherie.

J'espère que les nombreuses observations qui en sont ici rapportées contribueront à la faire connaître et faciliteront l'initiation des jeunes confrères à la médecine bovine, que l'on a trop rarement l'occasion de pratiquer dans les Ecoles vétérinaires.

Définition. Historique

Pendant une période de trente ans de pratique journalière de médecine bovine dans un centre important d'élevage du Bourbonnais, nous avons été frappé par la fréquence de l'occlusion due au rétrécissement de l'intestin chez le bœuf, affection dont on parle peu dans nos ouvrages vétérinaires. De l'étude que j'en ai faite, on peut tirer les moyens de porter un diagnostic précoce permettant au praticien de faire livrer l'animal à la boucherie assez tôt pour que la viande ne soit pas altérée par la fièvre.

Considérant que l'opération de l'*Entérectomie* est très aléatoire dans ses résultats et difficilement réalisable dans la pratique courante, que d'ailleurs je n'ai jamais rencontré un propriétaire qui voulût en courir les risques, je crois que ce qu'il y a de mieux à faire c'est de livrer sans délai les malades à la boucherie. On cite cependant quelques vétérinaires qui l'ont pratiquée avec succès, mais seulement dans les cas de volvulus ou d'invagination.

Le rétrécissement ou sténose de l'intestin est dû à une contracture localisée des fibres circulaires de la tunique charnue. Il ne faut pas le confondre avec le volvulus ni avec l'invagination, accidents que j'ai rarement observés chez le bœuf.

L'invagination ou intussusception consiste, comme on sait, dans l'enfoncement d'une partie d'intestin dans celle qui la suit ou la précède. Le volvulus est une occlusion due à une coudure, un enroulement ou un entortillement produisant une sorte de nœud qui étrangle l'intestin. Tandis que le simple rétrécissement ou sténose est dû à un épaississement de la musculature produisant une sorte de sphincter qui resserre le tube intestinal à la manière d'une ligature circulaire.

CRUZEL, dans son *Traité de pathologie bovine*, parle du volvulus mais ne fait aucune allusion à l'affection qui m'occupe. Dans son *Traité des maladies du bétail*, M. le Professeur MOUSSU distingue les invaginations et les étranglements, ceux-ci déterminés par un obstacle extérieur à la circulation des aliments.

ZUNDEL ne consacre que quelques lignes de son dictionnaire au rétrécissement intestinal.

DETROYE, dans son très intéressant ouvrage sur l'*Exploration de l'abdomen du bœuf*, ne parle que de l'occlusion intestinale causée par le volvulus et par l'invagination ; il ne dit rien du resserrement.

FRIEDBERGER et FROLMER font une division et signalent des coliques dues au rétrécissement de l'intestin, des coliques par invagination, d'autres par étranglement dans une perforation du mésentère ou de l'épiploon, d'autres enfin par obstruction due soit à des tumeurs ou à des égagropiles.

FURLANETTO DE TREVISE (*Journal de l'Ecole de Lyon*, année 1889), cite un cas d'invagination chez une génisse et un autre cas d'invagination du côlon produite par une tumeur intérieure qui tirait sur l'organe et produisit l'accident par son poids ; la tumeur paraissait au bord de l'anus et l'intussusception s'était faite dans le rectum.

BAX, dans le *Progrès Vétérinaire*, année 1891, fait une étude

sur le volvulus, mais ne dit rien au sujet du resserrement de l'intestin.

En résumé, nous n'avons trouvé nulle part une étude suffisante soit au point de vue clinique, soit au point de vue anatomopathologique de l'affection qui fait l'objet de cette thèse.

Etiologie et Pathogénie

D'après ZUNDEL, le rétrécissement intestinal serait dû à une diète prolongée causant une déplétion de l'organe, à l'hypertrophie de la musculature, ou à la compression par une tumeur. Il signale chez le bœuf un étranglement dû au passage d'une anse intestinale entre le canal déférent et la paroi pelvienne.

FRIEDBERGER et FROHNER s'expriment ainsi : « Chez nos animaux c'est l'intestin grêle qui est le plus fréquemment le siège des rétrécissements. Ceux-ci sont le résultat de cicatrices consécutives, soit à des pertes de substance de la muqueuse (dans les entérites, l'helminthiase, etc...), soit à une incarcération, soit enfin à une invagination antérieure. La lumière du canal peut être réduite, dit-il, au point de permettre à peine l'introduction d'un doigt, et immédiatement en avant du rétrécissement, on observe une dilatation plus ou moins étendue.

Quelques auteurs ont parlé de mouvements brusques, d'efforts que l'animal aurait faits avant l'apparition de la maladie, quand il venait de prendre son repas. J'ai questionné chaque fois le propriétaire à ce sujet ; aucun d'eux n'a pu m'affirmer que cette cause ait existé. Souvent la maladie se déclare à l'étable pendant l'hiver, après un mois ou deux de stabulation permanente.

Pour nous, le resserrement intestinal, tel que nous l'avons observé souvent, est dû à une sorte de rétraction des fibres circulaires de la tunique charnue accompagnée d'un épaississement qui resserre le conduit, rétraction durable, consécutive peut-être à une contraction sous l'influence de causes diverses. La variété des symptômes qui en résultent tend à démontrer que cet état se produit tantôt brusquement comme un accident aigu, tantôt lentement et progressivement de manière à revêtir le caractère chronique.

Lorsqu'on ouvre le ventre d'un animal vivant ou fraîchement tué, on assiste souvent à une exagération du péristaltisme intestinal, produisant en certains points des rétrécissements considérables et en d'autres points des dilatations ; parfois même on voit une partie resserree tendre à entrer dans une partie voisine dilatée. N'est-ce pas là une image fugitive de ce qui s'est produit dans le cas de sténose ou d'invagination ? Il n'est pas douteux que ces deux états pathologiques ainsi que le volvulus soient le plus souvent la conséquence d'un péristaltisme exalté et déréglé pour des causes diverses (obstructions alimentaires, parasites, inflammations, empoisonnements, etc.) Et ce péristaltisme exalté et incohérent, capable de produire une invagination, ne pourrait-il, en se renversant, défaire cette invagination tout en laissant persister le rétrécissement de la portion invaginée ? N'est-ce pas ce

qu'ont voulu dire FROHNER et FRIEDBERGER lorsqu'ils déclarent que le rétrécissement intestinal peut être dû à une invagination antérieure ?... Pourquoi, en effet, l'organisme ne se défendrait-il pas contre les effets nocifs d'un péristaltisme violent et dérégulé par un antipéristaltisme tendant à rétablir l'état normal ? La congestion observée sur la partie resserrée de l'intestin est un argument de plus en faveur de cette hypothèse.

Symptomatologie

Comme je l'ai dit précédemment, les symptômes sont variables suivant que le resserrement se produit d'une façon brusque ou lente et suivant la période du mal envisagée.

Nous allons examiner cette affection au point de vue symptomatique sous ses deux formes typiques, entre lesquelles évidemment peuvent exister des intermédiaires. Dans chaque forme nous envisagerons le début, la période d'état et le déclin.

I. — Affection à marche rapide

a) PÉRIODE DE DÉBUT. — A ce moment le bœuf manifeste des coliques, il piétine, se couche, se relève, regarde généralement son flanc droit, siège de la douleur. Le faciès est grippé; les yeux sont injectés; le mufle est tantôt sec, tantôt humide; les cornes, les oreilles et les membres sont chauds à un moment donné pour devenir froids quelques instants après.

La colonne dorso-lombaire n'a pas sa flexibilité normale; le flanc est agité comme chez tout animal qui est sous le coup d'une grande douleur. Parfois des sueurs se montrent sur tout le corps ou sur une partie seulement.

La température rectale oscille entre 38°5 et 40°.

La défécation se produit souvent sous forme diarrhémique. Il n'y a pas de ballonnement. Si l'on explore l'abdomen par le toucher extérieur et la pression, on trouve parfois du côté droit, dans la région de l'intestin, un point douloureux correspondant à la partie resserrée. Je dis parfois car le point malade peut se trouver dans une région inexplorable, par exemple lorsqu'il est dans le plan médian de la cavité abdominale ou à gauche et en haut, supporté en quelque sorte par le plafond du rumen. Si l'on cherche à entendre les bruits intestinaux, on les perçoit encore, mais affaiblis. L'appétit et la rumination ont complètement disparu.

Le meilleur moyen de confirmer le diagnostic lorsqu'on observe ces symptômes consiste à explorer l'abdomen à travers le rectum. Il ne faut pas manquer d'en user.

Quand on pratique cette exploration au début de la maladie, les lésions étant encore peu accusées, il est assez difficile de se rendre compte à travers les parois intestinales du siège de l'affection. Cependant avec un peu d'habitude on parvient généralement à trouver, à travers la masse intestinale, un point, pas très volumineux, dur, moins mobile que le reste de la masse

et en avant duquel s'est formé un amas d'une substance pâteuse qui n'est autre que le contenu de l'intestin arrêté dans son cours. Ce point est douloureux au toucher, le bœuf y porte la tête lorsqu'on l'explore et il correspond toujours à l'endroit qui a paru sensible à la pression abdominale extérieure.

Pour aider à l'examen il est utile de faire rapprocher de la main exploratrice la région que l'on suppose être le siège de l'affection c'est-à-dire le plus souvent le flanc droit, par l'action d'un ou deux aides qui font pression sur cette région. Sans ce concours extérieur le point malade peut être inaccessible à l'exploration par le rectum en raison de son éloignement.

b) PÉRIODE D'ÉTAT. — Dans la maladie à évolution rapide, c'est vingt-quatre heures environ après le début que l'affection entre dans la période d'état. Alors les coliques sont moins violentes, elles deviennent sourdes, mais le décubitus se prolonge bien davantage qu'au commencement, et, dans cette attitude, le bovin regarde son flanc avec insistance, parfois même y appuie la tête d'un air langoureux. Il est manifeste que ses forces commencent à s'épuiser.

Le faciès est moins grippé, mais plus fatigué; les yeux, dont la conjonctive passe au brun, s'enfoncent dans l'orbite; le mufle est presque toujours sec, sauf à de rares intervalles; les cornes, les oreilles et les membres se refroidissent; la température oscille entre 38° et 39°5. Il n'y a plus de sueur, le poil, sans être piqué, n'a plus son brillant normal, il est un peu hérissé; le flanc est moins agité, mais l'expiration est profonde comme plaintive; il y a peu ou pas de ballonnement; la colonne vertébrale accuse une sensibilité plus ou moins grande; à la pression, mais sans qu'il y ait jamais une véritable pandiculation. La défécation n'existe plus, ou bien l'animal émet quelques crottins desséchés et glaireux; souvent même il lève la queue dans un effort de défécation, mais rien ne sort; parfois, après ces efforts, l'anus reste ouvert un instant et on peut apercevoir le rectum vide avec sa muqueuse rouge et complètement sèche.

Il peut arriver cependant que, sous l'influence d'une marche forcée par exemple, il y ait émission d'excréments diarrhéiques. On se gardera néanmoins de croire à un rétablissement de la circulation des matières dans l'intestin; il faut au contraire, en ce cas, renouveler l'examen avec la plus grande attention: si on perçoit encore les symptômes précités on n'hésitera pas à conseiller l'abatage. J'ai observé un cas où, à la suite d'une marche forcée pour venir à l'abattoir, une vache émit pendant la nuit une grande quantité d'excréments très liquides; abattue immédiatement, malgré cela, après une nouvelle exploration qui avait confirmé le diagnostic, cette bête nous a présenté un resserrement intestinal tel qu'on n'aurait pas pu y passer un crayon; ce faible orifice avait suffi à laisser passer des excréments réduits en bouillie, bien entendu; mais il paraît certain qu'ils auraient repris leur consistance habituelle et que la rétention n'aurait pas tardé à récidiver. (Voir observation N° 8).

Par la pression extérieure, on provoque encore de la douleur quand on appuie sur la partie correspondant au point malade; à ce moment les bruits intestinaux sont nuls ou très affaiblis; l'appétit et la rumination ont cessé définitivement. Par l'exploration interne, on reconnaît plus facilement la maladie que dans la première période, car les lésions sont plus accusées. Le gonfle-

ment situé en avant du point resserré est beaucoup plus considérable, les aliments s'étant accumulés en amont de l'obstacle, et ce point lui-même est plus dur, plus volumineux aussi par suite de l'épaississement de la couche charnue ; il est encore très sensible aux manipulations médiatees que l'on peut exercer sur lui. Comme dans la première période, il est utile si l'on ne trouve pas le point malade par le palper intra-abdominal, de faire rapprocher la région supposée atteinte par un aide agissant sur le flanc droit ; il ne faut pas se lasser d'examiner toutes les régions de la cavité abdominale où peut se loger une partie quelconque de l'intestin. J'ai rencontré plusieurs fois le resserrement à gauche et en haut, sur le plafond du rumen, près de la région lombaire, en introduisant le bras jusqu'au coude.

c) PÉRIODE DE DÉCLIN. — C'est vers le troisième ou le quatrième jour au plus que commence cette période dans la sténose de marche aiguë. Alors le malade reste presque constamment couché ; si on l'oblige à se relever par des excitations répétées il reste peu de temps debout. Il n'a plus de coliques, les personnes non initiées sont portées à croire à une amélioration, mais ce n'est qu'un leurre ; le faciès dénote un grand abattement, les yeux sont caves, la conjonctive brune, le mufle sec, terreux et comme écaillé ; souvent les naseaux laissent écouler en petite quantité, un liquide jaune rouillé, visqueux ; les extrémités sont froides, la température est tombée à 36° ; le poil est piqué ; *l'appétit est absolument nul*, pas de rumination, pas de défécation. Il y a rarement du ballonnement, ou, s'il y en a, il est insignifiant ; plus souvent même le ventre est aplati. Le point douloureux au toucher semble avoir disparu, mais à l'exploration rectale on trouve encore une masse dure dans une partie quelconque de la masse intestinale. Elle est, indolente à ce moment, parce que gangrénée. Elle occupe une longueur de 50 centimètres environ en avant du point rétréci, et, malgré sa distension, on perçoit assez nettement les circonvolutions qu'elle décrit au bord du mésentère. La cavité rectale est toujours sèche ou contient quelques glaires adhérentes.

Quand la maladie est arrivée à cette période, le bœuf ne tarde pas à succomber.

II. — Affection à marche lente

Je n'ose employer ici l'épithète de chronique, car l'affection dont il s'agit dure tout au plus 15 à 20 jours, et non sans occasionner des symptômes d'une certaine acuité.

a) PÉRIODE DE DÉBUT. — Lorsque le resserrement affecte la marche lente, les symptômes précédents sont bien moins accusés au début. Il y a un malaise général, le bœuf ne mange pas, il est triste, ne rumine pas ou peu ; il fiente pourtant comme d'habitude ; il n'y a pas de ballonnement ; mais on peut observer quelques coliques sourdes, accusées par quelques coups de pied que l'animal se lance de temps à autre sous le ventre, siège de la douleur. La pression du flanc droit détermine une douleur vague et l'auscultation des organes abdominaux ne dénote rien de bien anormal dans l'intestin ; les bruits du rumen sont seulement moins actifs vu l'absence de rumination.

Souvent on néglige de pratiquer la fouille rectale pour se rendre compte de l'état des organes abdominaux, car on croit avoir

affaire à un simple embarras gastrique, surtout quand les coliques font défaut. Je l'ai pratiquée une fois dans un cas de resserrement assez lent (voir observation n° 6); le bœuf a été abattu au bout de six jours, mais il aurait certainement vécu encore autant. Je n'ai pu saisir dans ce cas-là le point resserré, comme cela arrive quelquefois quand il est très éloigné du bassin, mais par le palper du bout des doigts, j'ai senti un point dur, douloureux et moins mobile que les autres parties de l'intestin. Le resserrement n'étant pas complet, les matières ne s'étaient pas encore amassées en amont. Dans le rectum, se trouvaient des excréments comme à l'état normal.

b) PÉRIODE D'ÉTAT. — Au bout de quatre à cinq jours la maladie s'accroît, la défécation devient difficile et n'évacue que de petites portions durcies; l'appétit est nul; il n'y a plus du tout de rumination; le faciès est inquiétant; le poil se pique; le mufle est sec; la respiration pénible; le décubitus se prolonge; quand le patient est debout, il piétine de temps en temps car il a un peu de coliques, surtout au moment où le resserrement s'achève. La souplesse du rein est presque nulle. Il y a peu de ballonnement. Les bruits intestinaux sont très faibles. Les aliments tassés dans la panse par suite de l'absence de rumination, dégagent quelques gaz qui donnent au toucher du flanc gauche une sensation spéciale que les cultivateurs désignent en disant que l'animal a un peu de vent.

En pratiquant l'exploration rectale, on trouve quelques crotins rares, durs et glaireux. Comme dans la deuxième période de l'affection à marche rapide, on se rend compte de l'existence du rétrécissement par le palper à travers la masse intestinale.

c) PÉRIODE DE DÉCLIN. — Cette période présente les mêmes symptômes que dans la marche aiguë, seulement ils ne se manifestent qu'au bout de huit, dix, douze jours. Le faciès devient morne; les yeux s'enfoncent dans leurs orbites; le corps est froid ainsi que les extrémités; la température rectale descend au-dessous de la moyenne; la colonne dorso-lombaire est insensible; la défécation ne se produit plus. En un mot, l'animal tombe dans le marasme et la mort ne tarde pas à arriver.

Dans le resserrement intestinal à marche rapide, l'animal ne vit guère plus de quatre à cinq jours, tandis que dans la marche lente il peut s'écouler dix huit à vingt jours du début de la maladie à la mort.

Il est bien entendu que, si j'ai divisé cette affection en deux variétés distinctes au point de vue symptomatique, c'est simplement pour en faciliter la description car il existe des transitions de l'une à l'autre. c'est-à-dire des cas dont la marche n'est ni lente ni rapide et qui offrent une symptomatologie en rapport avec leur durée.

Diagnostic

D'après les symptômes que nous venons de décrire, le diagnostic est assez facile. Les principaux signes sont l'inrumination, l'absence presque constante de ballonnement, surtout au début, le manque d'appétit, l'absence de défécation au bout de quelque

temps de maladie, les coliques violentes au début, dans les cas aigus, suivis d'une rémission trompeuse, la diminution ou l'absence des bruits intestinaux, suivant la période, la douleur déterminée par la pression extérieure de l'abdomen au point correspondant au resserrement, enfin, les indications fournies par la fouille rectale, dont la plus importante est la présence, dans un certain endroit de la masse intestinale, d'une tumeur plus ou moins molle, douloureuse à la pression, constituée par des aliments amoncelés et en arrière de laquelle se trouve une partie rétrécie et dure.

Si l'on a quelque doute sur l'existence du rétrécissement, ou simplement pour donner satisfaction au propriétaire qui désire que l'on essaie un traitement médical, on peut prescrire un mélange de :

{ Aloès pulvérisé	50 grammes
{ Sulfate de soude	1 kilo

que l'on administre toutes les heures à la dose d'un verre dans un litre de tisane de graines de lin. Si après 24 ou 36 heures, l'animal n'a pas fienté, on peut affirmer l'existence de la maladie soupçonnée. Il est bien entendu que ce moyen n'est employé qu'au début, car à la période d'état, dans les cas aigus surtout, on ne peut pas se tromper ; d'ailleurs s'il fallait attendre 36 heures avant de se prononcer, l'animal pourrait mourir dans l'intervalle.

Diagnostic Différentiel

1° Coliques d'eau froide ou de Congestions :

Ces coliques apparaissent brusquement après l'ingestion d'eau, se traduisent par de violentes douleurs pouvant simuler jusqu'à un certain point le tableau symptomatique d'une occlusion intestinale au début. Les renseignements du propriétaire (ingestion d'eau par les animaux rentrant en sueur de leurs travaux) et surtout leur courte durée, une heure ou deux au maximum après lesquelles la résolution s'annonce par la rumination, permettent d'éviter toute confusion.

2° Coliques vésicales dues à la lithiase urinaire :

Les coliques dues à la rétention urinaire sont faciles à distinguer des coliques résultant de l'occlusion intestinale, il y a toujours des efforts de miction infructueux accompagné de contractions spasmodiques du muscle bulbo-caverneux (bonds urétraux du périnée). D'autre part, l'exploration rectale montre une distension extrême de la vessie ou sa complète rétraction dans le cas de rupture. L'évacuation des matières alevines persiste alors que la miction fait défaut : exactement l'inverse de ce qui se produit dans l'occlusion intestinale.

3° Invagination :

Le diagnostic différentiel entre l'invagination et le simple rétrécissement de l'intestin est certainement très difficile et la confusion possible ; cependant l'exploration rectale faite avec soin permet dans bien des cas de reconnaître dans la masse

intestinale la présence d'une tumeur mollassse, douloureuse à la pression, constituée par des aliments amoncelés, et en arrière de laquelle on trouve une partie rétrécie et dure et cela ne laisse aucun doute sur l'existence d'un rétrécissement.

Pronostic

Excessivement grave, puisque la mort est la terminaison fatale et que le seul moyen curatif à tenter, l'entérectomie, est une opération bien risquée chez les animaux.

Traitement

Rigoureusement, il n'y a pas de traitement médical ; cependant on est parfois obligé d'en appliquer un pour donner satisfaction au propriétaire, surtout si l'animal malade a une grande valeur comme reproducteur pour l'amélioration de sa race. Je vais citer simplement les médications que j'ai le plus tentées, mais toujours sans aucune efficacité.

J'ai fait des injections hypodermiques de pilocarpine, d'ésérine, de vératrine, des frictions révulsives sur le corps et les membres avec de la moutarde Rigollot.

J'ai fait prendre des purgatifs salins, de l'aloès à haute dose, de l'huile de ricin aiguisée avec de l'huile de croton tiglium, sans jamais pouvoir obtenir une évacuation quelconque.

Je n'ai pas essayé le traitement conseillé par CRUZEL à propos du volvulus et qui consiste à faire avaler des balles de plomb avec une certaine quantité d'huile d'olive.

Dans le *Progrès Vétérinaire*, M. GUITTARD, en parlant du volvulus, dit qu'on peut par des manipulations à travers les voies rectales détruire les adhérences et amener la guérison. Cela n'est pas possible pour le resserrement intestinal, car ces manipulations ne pourraient rompre les fibres musculaires qui forment un anneau constricteur autour de l'intestin.

Je n'ai jamais essayé l'opération chirurgicale préconisée contre l'invagination ou le volvulus et consiste à ouvrir l'abdomen, à dénouer ou désinvaginer l'intestin, et, si ce rétablissement n'est pas possible, à réséquer la partie malade et à suturer les deux abouts. Seule l'entérectomie pourrait venir à bout théoriquement d'une obstruction par le rétrécissement ; elle réussit chez l'homme, mais les conditions sont toutes différentes en chirurgie vétérinaire ; aussi la dite opération a-t-elle été rarement tentée, surtout chez les grands animaux.

MEYER, de Beakenfeld, a amputé 1 m. 80 d'intestin grêle avec succès.

DEGIVE, de Bruxelles, dit avoir réussi trois fois la résection d'une portion considérable d'intestin grêle ; mais il ne mentionne pas ses succès.

BAX, en 1889, s'avoue partisan de cette opération dans les cas de *volvulus* et d'invagination; mais l'année suivante, dans un mémoire présenté à la Société Vétérinaire du Lot-et-Garonne, il dit en parlant de la laparotomie : « C'est là une fort belle opération, mais que dans la pratique courante nous n'oserions conseiller. Pour ménager la bourse des cultivateurs qui nous confient le traitement de leurs animaux, nous n'entreprendrons ce travail qu'autant que la valeur de nos malades sera à peine supérieure à celle de leur cuir, que lorsque le *volvulus* sera accessible au toucher, de manière à éviter des délabrements et des déchirures qui ne pourraient qu'être funestes à nos opérés et porter préjudice à notre réputation professionnelle ».

Je suis absolument de l'avis de M. BAX, surtout dans le cas de resserrement intestinal, car il faudrait non seulement ouvrir le flanc, mais encore enlever une longueur considérable de l'intestin grêle.

Voici maintenant l'opinion de FRIEDEBERGER et FROHNER : « Les rétrécissements de l'intestin disent-ils, ne peuvent être l'objet d'aucune intervention utile ». Tandis qu'en parlant de l'invagination ou de l'étranglement intestinal, ces auteurs conseillent la laparotomie, avec ou sans résection d'une portion de l'organe malade.

M. le professeur MOUSSU, dans son traité des Maladies du Bétail, à propos de la laparotomie comme traitement de l'invagination, s'exprime ainsi : « Ces opérations ne seront tentées que sur la demande expresse des propriétaires, prévenus des dangers auxquels elles exposent, car souvent, dès le second jour de l'invagination, il s'est développé de la péritonite locale, et lorsqu'on intervient, on opère sur des tissus lésés ou infectés, ce qui est une mauvaise condition pour les suites de l'intervention. La formule courante : l'opération a très bien réussi... n'est pas acceptée en vétérinaire lorsque l'opéré succombe trois ou quatre jours après ».

Quant à nous, nous conseillons toujours l'abatage, parce que personne n'a encore cité un cas de guérison du véritable resserrement intestinal, en outre parce que nous arrivons toujours à faire vendre nos sujets environ la moitié et quelquefois les deux tiers de la valeur qu'ils représentent à l'état de santé parfaite.

Anatomie Pathologique

En faisant l'autopsie d'un bœuf abattu, ou mort, à la suite d'un resserrement intestinal, on aperçoit une portion de l'intestin grêle congestionnée, d'une couleur rouge noirâtre gonflée outre mesure. A l'extrémité postérieure du gonflement, qui peut mesurer cinquante à soixante centimètres de longueur, on trouve une zone plus ou moins restreinte, rétrécie brusquement, et, en cet endroit, la tunique charnue, notamment sa couche profonde formée de fibres circulaires, est rougeâtre et tellement épaissie qu'elle obstrue complètement ou à peu près la lumière du canal intestinal; en outre elle est dure au toucher et crie sous le scalpel. La longueur de cette partie varie de quatre à huit centimètres.

En avant, l'organe est gonflé, démesurément rempli de caillots sanguins noirs mélangés à des matières stercorales, ou plutôt à des aliments plus ou moins digérés ; la muqueuse est rouge violacée comme dans une congestion violente. Au point où l'intestin est resserré, j'ai trouvé plusieurs fois de petites tumeurs, de grosseur variable, qui avaient peut-être été la cause première du rétrécissement. En arrière du resserrement, il y a vacuité complète ou quelques glaires adhérentes.

En résumé, il n'y a pas là, comme dans l'invagination, une portion d'intestin entrée dans la portion précédente ou suivante, la première plus ou moins étranglée à son entrée, dans la seconde et ainsi congestionnée à divers degrés jusqu'à devenir noirâtre, friable et même se gangrener pour peu que la maladie dure. On observe dans la sténose, une constriction localisée comme on pourrait produire un bracelet de caoutchouc. Et cette constriction ne s'exerce pas également sur toute la périphérie du canal, elle produit son effet maximum au niveau de la grande courbure, comme si elle trouvait un obstacle à la courbure opposée dans l'insertion du mésentère.

S'il y a dans quelques cas un peu d'invagination, elle est l'effet et non la cause du resserrement, comme je vais essayer de le démontrer.

En effet, en amont d'un rétrécissement, avant que la stase des matières ait abouti à la paralysie du viscère, celui-ci réagit par de violentes contractions pour forcer l'obstacle ; il n'y parvient pas, mais les matières s'entassent au pourtour de celui-ci en un bourrelet saillant qui surplombe plus ou moins la région rétrécie et tend à l'invaginer.

Nous n'oserions affirmer que ce principe d'invagination ne puisse se compléter ; ni que, inversement, le rétrécissement ne puisse succéder à une invagination grâce à une désinvagination spontanée, comme nous l'avons fait entendre page 14.

Observations

On comprend facilement que le travail que nous venons d'exposer n'est que le résultat d'une longue suite d'observations recueillies dans la pratique. Nous allons relater les principales, comme preuves à l'appui.

Observation N° 1, du 22 Novembre 1896

Bœuf charolais âgé de 4 ans.

Malade depuis le vingt-et-un au soir, il manifeste le vingt-deux au matin des coliques par un piétinement continu. A une heure du soir, je suis près du malade, et j'observe les symptômes suivants :

L'animal est triste, mufle sec, yeux un peu injectés, pas de rumination, inappétence complète. Il piétine, regarde son flanc droit, siège de la douleur ; l'émission de l'urine se fait facilement, mais il n'y a pas de défécation. Je pratique la fouille rectale, mais je ne pense pas à l'exploration de l'abdomen et cette omission ne

me permet pas de reconnaître l'existence d'un resserrement intestinal. En retirant mon bras, je vois qu'il est recouvert de mucosités sèches, adhérentes, et non de matières sanguinolentes comme on l'observe dans l'entérite aigüe. La tension du flanc gauche n'existe pas, le rumen est dans un état de plénitude modérée. En présence de l'absence d'excréments, j'ordonne le traitement suivant en prévenant le propriétaire de la probabilité d'une issue fatale si les purgatifs ne déterminent pas d'évacuations :

Embrocation sur le dos et les flancs, lavements à l'eau de savon, un kilo de sulfate de soude mélangé avec 125 gr. d'aloès à faire prendre toutes les trois heures, à la dose d'un verre, dans un litre de tisane de graine de lin.

Le vingt-trois, état stationnaire. Le vingt-quatre, l'état s'est aggravé ; le propriétaire consent à vendre son bœuf pour la boucherie.

J'ai fait l'autopsie à l'abattoir. L'intestin grêle était fortement congestionné sur une longueur d'un mètre environ. En l'ouvrant dans cet endroit, il se montrait gorgé de matières mélangées à du sang noirâtre. Immédiatement après se trouvait la cause de la maladie. Sur une longueur de quatre centimètres l'intestin était tellement resserré qu'on pourrait à peine y introduire une plume d'oie, et ses parois étaient aussi épaissies que celles de l'estomac au niveau du pylore. En arrière il était complètement vide.

Observation N° 2, du 1^{er} Janvier 1897

Bœuf charolais, quatre ans.

Cet animal, malade depuis deux jours, présente une inappétence complète, de l'inrumination, une dépression physique manifeste ; mufle sec et brunâtre, yeux injectés, oreilles froides, reins raides, quelques coliques, température rectale 39°. Le flanc gauche est légèrement ballonné, les aliments paraissent tassés dans le rumen. Le flanc droit est douloureux à la pression, il n'y a pas de borborygmes. Peu habitué encore à cette affection je n'ai pas pratiqué la fouille rectale qui m'aurait certainement donné des indications, ce n'est que plus tard, ainsi qu'on le verra à l'observation suivante que mon attention fut portée sur ce moyen de diagnostic.

Je dis au propriétaire que, vu l'intensité des symptômes, nous avions affaire à une affection gastro-intestinale grave et que si le bœuf ne fientait pas d'ici peu, il faudrait le sacrifier.

Traitement suivant :

{ Ipéca.....	16 grammes.
{ Camphre.....	8 »
{ Noix Vomique ...	4 »

Un paquet matin e soir dans un demi-litre d'infusion aromatique. A midi, 250 grammes de sulfate de soude dans un litre de tisane de graines de lin.

Le deux, au soir, pas d'amélioration. Le trois, au matin, l'animal est sacrifié. A l'autopsie je constate l'existence d'un resserrement intestinal sur une longueur de cinq à six centimètres. Les fibres musculaires resserrantes prenant point d'attache sur la petite courbure de l'intestin, en ont rapproché la grande courbure. Le tout est rouge violacé, gangrené, et sur une longueur de soixante à quatre-vingts centimètres en amont,

l'intestin est gorgé de caillots sanguins mêlés à quelques parcelles alimentaires à moitié digérées.

Observation N° 3, du 28 Février 1897

Génisse charolaise, dix-huit mois.

C'est chez cette bête qu'il m'a été donné pour la première fois de reconnaître le resserrement intestinal sur le vivant en explorant l'abdomen par le rectum. Elle était malade depuis deux jours, ne mangeait absolument rien, ne ruminait pas, portait la tête basse, son mufle était sec, ses extrémités froides, ses reins raides ; pas de ballonnement. Le premier jour de la maladie, elle avait évacué un peu d'excréments, mais rien depuis.

Ce dernier symptôme, relevé déjà dans les deux observations précédentes, me fit craindre l'existence d'un resserrement intestinal, et, malgré la petitesse du sujet, je pratiquai la fouille rectale. Je pénétrai avec assez de peine dans le rectum et arrivai à soixante centimètres environ de l'anus ; je sentis à travers les parois intestinales une masse dure, mamelonnée, peu mobile, douloureuse à la pression, qui pour moi n'était autre chose que la partie ressermée. Il était minuit, je conseillai au propriétaire d'amener la bête à l'abattoir de suite (à 15 kilomètres). Elle y fut sacrifiée le lendemain matin vers huit heures. Pour m'assurer de la valeur de mon diagnostic, je me rendis à l'abattoir et assistai à l'ouverture de la cavité abdominale. Je constatai à la partie postérieure de l'intestin grêle un resserrement complet offrant les mêmes caractères que ceux décrits précédemment, c'est-à-dire une partie dure, ressermée, en amont de laquelle se trouvait une anse distendue par des matières sanieuses : en aval, au contraire, absence complète de tout excrément, ou tout au plus quelques glaires.

Observation N° 4, du 1^{er} Avril 1898

Génisse durham charolaise, deux ans.

Atteinte de colique violente depuis le matin, elle se couche, se relève, piétine et regarde son flanc droit ; elle a quelques moments d'apaisement qui varient de 5 à 10 minutes, puis elle recommence à se débattre. Mufle sec, yeux hagards, rein raide, membres froids ainsi que les oreilles et les cornes, pas de ballonnement, pas de défécation.

Je pratique la fouille rectale pour explorer l'abdomen et, en avant vers la droite, je sens à travers les parois intestinales une masse dure de la grosseur d'un œuf d'oie en avant de laquelle existe un gonflement de l'intestin : cette masse est douloureuse à la pression, car la bête manifeste des plaintes en portant le museau dans le flanc droit vers le point pressé.

Je dis au propriétaire que je suis à peu près certain d'avoir affaire à un resserrement intestinal et qu'il est prudent d'abattre le sujet ; mais sur ses instances j'institue un traitement :

1° Friction sur tout le corps avec de la moutarde Rigollot.

2° Injection hypodermique de 0 gr. 10 centigr. d'ésérine.

3° Cinq cents grammes de sulfate de soude à donner par tiers en douze heures.

Le lendemain l'état s'est aggravé, les symptômes sont encore bien plus apparents. Pour montrer ma bonne volonté, je fais

prendre soixante grammes d'aloès et j'injecte une nouvelle dose d'ésérine.

Le troisième jour, la défécation ne se fait pas, la faiblesse est grande, la bête est presque toujours couchée, on se décide à la faire abattre.

J'assiste à l'ouverture de l'abdomen et je trouve toutes les lésions déjà citées : resserrement complet de l'intestin grêle sur une longueur de cinq centimètres environ, en arrière de ce point, vacuité complète, en avant l'intestin s'ouvre peu à peu en formant un infundibulum où on voit la paroi diminuer progressivement d'épaisseur ; puis une dilatation remplie sur une longueur de quarante centimètres, un magma noirâtre formé de sang décomposé et de matières alimentaires.

Observation N° 5, du 17 Avril 1898

Vache charolaise, cinq ans.

La veille, cette vache n'avait rien présenté d'anormal et avait mangé comme les autres ; le matin le bouvier s'aperçoit quelle n'était pas gaie, qu'elle ne mangeait pas et avait de légères coliques.

A mon arrivée, elle est triste, le mufle est sec, les reins n'ont pas leur souplesse normale, le côté droit de l'abdomen est douloureux à la pression, les excréments sont rares et petits. Les coliques ne sont pas très violentes (type intermédiaire tenant le milieu entre le resserrement à marche lente et celui à marche rapide), elles sont plutôt sourdes qu'aiguës ; bruits intestinaux faibles.

Je pratique la fouille rectale, le rectum n'est pas encore complètement vide, on y trouve quelques rares crottins glaireux. En cherchant à travers la masse intestinale, je trouve du côté du flanc droit une masse peletonnée, molassee, suivie d'un point plus petit et dur, douloureux à la pression. Je dis au propriétaire qu'il y a un obstacle à la défécation et que cet obstacle est probablement un resserrement intestinal contre lequel il n'y a rien à tenter. Mais comme cette bête est très belle et fait des produits de concours on me prie d'essayer un traitement.

Je prescris cinq cents grammes de sulfate de soude et cent grammes d'aloès mélangés à faire prendre en trois fois en douze heures. Le lendemain je ne revois pas la vache, mais le propriétaire vient me dire qu'elle n'allait pas mieux et me prie de retourner la visiter. Le dix-neuf, je la retrouve bien plus malade, et j'ordonne soixante-dix grammes d'aloès et cinq grammes d'huile de croton. Le soir pas d'excréments, on la garde encore toute la journée du vingt ; mais, la faiblesse augmentant, on se décide à l'abattre le vingt-et-un, quatre jours après le début de la maladie.

A l'autopsie on trouve un resserrement caractéristique de l'intestin grêle, siégeant sur une longueur de quatre à cinq centimètres, dur au toucher, avec gonflement en amont, etc., etc.

Observation N° 6, du 23 Avril 1898

Bœuf charolais, âgé de deux ans.

C'est un des exemples de resserrement intestinal lent ou chronique. L'animal est en stabulation permanente depuis quatre ou cinq mois.

L'affection se traduit par des coliques assez violentes, pas d'appétit, pas de ballonnement, pas de défécation ; flexibilité des reins normale, douleur du côté droit de l'abdomen.

Je pratique la fouille rectale et j'explore l'abdomen le plus avant possible et de tous les côtés ; j'avoue que je n'ai pu saisir le point malade, mais avec le bout des doigts je trouve qu'il y a quelque chose d'anormal dans un endroit de l'intestin en avant et à droite : c'est une partie qui paraît avoir plus de consistance et qui est douloureuse au toucher, je fais soulever extérieurement cette région par un aide, je sens encore mieux ce point suspect que je suppose être le commencement d'un resserrement intestinal. Néanmoins, j'étais perplexe et, tout en manifestant au propriétaire mes craintes sur la possibilité d'une issue fatale, je fis administrer le traitement suivant :

1° Frictions sur tout le corps avec de la moutarde Rigollot.

2° Injection de pilocarpine 0 gr. 15.

3° Cent grammes d'aloès.

Cinq jours après, l'animal est toujours dans le même état, il est plus faible et n'a ni ruminé, ni fienté. Le fermier le fait abattre et à l'autopsie on trouve toutes les lésions du resserrement intestinal. Ces lésions avaient donc mis longtemps à se produire, car il y a eu six jours d'intervalle entre le début de la maladie et le jour de l'abattage et le bœuf aurait certainement vécu encore quatre ou cinq jours.

Nous allons voir par l'observation suivante que ce laps de temps peut être encore plus grand.

Observation N° 7, du 20 Mai 1898

Bœuf charolais, 4 ans.

Il ne mange pas ou peu depuis sept ou huit jours, il a eu des coliques, mais si légères qu'on n'y fait point attention, à tort malheureusement, comme on le verra par la suite.

Les excréments, peu abondants, sont durs, le faciès est triste, le mufle a encore un peu de rosée, le flanc gauche est plat mais dur, les bruits intestinaux sont très affaiblis.

La lenteur de la maladie, la présence d'excréments m'empêchent de songer à un resserrement intestinal, je crois à un embarras gastrique, et j'ordonne un traitement en conséquence, sans penser à pratiquer l'exploration rectale de l'abdomen pour m'éclairer.

Au bout de quatre jours, il n'y a pas de mieux, la défécation est difficile, on donne des purgatifs énergiques qui ne produisent pas d'effet.

Enfin le trente, le bœuf est abattu et il présente toutes les lésions du resserrement intestinal, amas d'aliments en amont de la partie resserrée qui est rouge, dure, vacuité en aval, etc., etc.

Voilà un cas qui démontre l'existence d'un resserrement intestinal chronique ou à marche lente. Au début, il y a eu un peu de défécation pendant plusieurs jours, parce que le resserrement n'était pas complet, ce n'est que peu à peu que l'obstruction s'est produite puisque le bœuf a vécu dix-sept jours depuis le début de la maladie.

Observation N° 8, du 27 Juillet 1898

Vache charolaise, âgée de dix ans.

Je suis appelé à donner mes soins à cette vache vers midi ; à mon arrivée, on me dit qu'elle manifeste des coliques depuis le matin qui existent encore, mais moins violentes ; les membres sont froids, le nez est sec, les bruits intestinaux sont faibles, il y a une douleur à la pression du flanc droit ; la température est de 40° ; pas de ballonnement, pas de rumination, pas de défécation. Je pratique la fouille rectale ; mon exploration n'est pas longue, en palpant du côté droit, au-dessus du rein, je sens le resserrement sous forme d'une petite masse dure, douloureuse à la pression et précédée déjà d'un amas de matière en amont.

Je diagnostique un resserrement intestinal et je conseille l'abatage immédiat, le propriétaire me prie de lui envoyer un boucher et, le soir même, la vache fut amenée à pied à l'abattoir (12 kilomètres) ; on la mit dans une écurie et, le lendemain, le boucher acheteur fut très étonné de voir que cette bête avait émis pendant la nuit une grande quantité d'excréments très liquides, il me manifesta sa surprise, croyant que j'avais porté un diagnostic faux. Voyant cela, j'explore de nouveau l'abdomen et je trouve absolument les mêmes symptômes que la veille. La bête fut abattue immédiatement et l'autopsie montra que, malgré la défécation qui s'était produite, il y avait un resserrement intestinal caractéristique, s'étendant sur une longueur de cinq à six centimètres ; les parois en étaient épaissies et la lumière intérieure pouvait à peine laisser passer un crayon d'une grosseur ordinaire. Il y avait eu défécation par suite d'un ramollissement anormal dû à la marche, mais il est certain qu'aussitôt que les matières auraient repris leur consistance normale, l'obstruction se serait renouvelée.

Cette observation prouve que le rejet au dehors de matières excrémentielles très liquides, après une marche forcée, ne doit pas faire rejeter le diagnostic d'un resserrement intestinal.

Observation N° 9, du 29 Juillet 1898

Bœuf charollais, âgé de 5 ans.

Mandé dans la soirée, j'arrive auprès de mon malade, dont l'état alarmant est dénoncé rien que par l'aspect général. Faciès grippé, mufle sec, corps et extrémités froides, pas de ballonnement, pas de rumination, bruits intestinaux très affaiblis. Il a eu, paraît-il, de fortes coliques, mais elles ont disparu et le fermier dit qu'il paraît aller mieux ; l'animal avait rejeté un peu d'excréments. Je pratique la fouille rectale, les parties postérieures de l'intestin ne contiennent aucun excrément mais des glaires gélatineuses. C'est vers les côtes du côté droit et non vers le flanc, cette foi-ci, que je trouve la partie ressermée, qui est très douloureuse. Ce symptôme, uni à la sécheresse des parties postérieures de l'intestin, à l'absence de rumination et de défécation, me fait porter le diagnostic « resserrement intestinal » et je conseille l'abatage. Sur les instances du propriétaire, j'ordonnai cent vingt-cinq grammes d'aloès qui ne firent rien. Le bœuf fut abattu trente-six heures après et présentait toutes les lésions prévues.

Observation N° 10, du 11 Août 1898

Bœuf charolais, 5 ans.

Cet animal est malade depuis deux jours, il était au pré et on a remarqué qu'il grattait le sol avec les pieds de devant sans manifester des coliques bien violentes. J'observe les symptômes suivants : Mufle sec, yeux rentrés dans l'orbite, poil piqué, membres froids ainsi que les cornes et les oreilles ; il y a encore un peu de flexibilité des reins, pas de ballonnement, ni défécation ni borborygmes. L'animal regarde souvent son flanc droit et semble indiquer le siège de sa douleur ; en effet, en appuyant dans cet endroit, il la manifeste par de sourdes plaintes et en essayant de se dérober à la pression.

En explorant l'abdomen intérieurement, je trouve dans le rectum quelques rares crottins durcis, j'enfonce mon bras le plus loin possible pour explorer le flanc droit, siège de la douleur constatée par la pression extérieure et je ne tarde pas à rencontrer une petite masse dure, irrégulière, très douloureuse, car en la pressant l'animal piétine et émet des plaintes. J'ai affaire à un resserrement intestinal caractéristique. Je n'hésite pas à ordonner l'abatage du bœuf. Le propriétaire me pria de venir le lendemain matin, ce que je fis, l'animal n'allait pas mieux, fut vendu au boucher. Deux jours après, celui-ci m'envoya une portion intestinale rétrécie qui confirmait pleinement mon diagnostic.

Observation N° 11, du 30 Août 1899

Bœuf charolais, 4 ans.

Je suis appelé pour aller voir un bœuf à 4 kilomètres environ de ma résidence. Depuis minuit on s'est aperçu qu'il avait des coliques ; l'état général dénote la fatigue causée par la douleur ; appétit nul, mufle sec, reins durs à la pression, cornes froides ainsi que les oreilles et les membres ; pas de ballonnement, pas de rumination, pas de défécation, yeux injectés. Les coliques sont bien moins fortes qu'au début.

Ces symptômes me font craindre l'existence d'un resserrement intestinal ; pour m'en assurer je pratique l'exploration de l'abdomen par le rectum. Vers le milieu de la cavité abdominale, en face du flanc droit, je trouve une portion de l'intestin dure, bosselée et douloureuse et en avant une partie mollassée et gonflée. Je n'hésite pas à conseiller l'abatage immédiat.

Il fut exécuté le soir même et je pus me convaincre de l'exactitude de mon diagnostic. Du côté droit, vers le milieu de l'abdomen, on apercevait une anse intestinale d'un mètre de long environ, rouge et gonflée, terminée par une partie ressermée sur une longueur de quatre à cinq centimètres, où les fibres circulaires étaient hypertrophiées, dures au toucher.

Observation N° 12, Janvier 1900

Bœuf charolais, 4 ans.

Cet animal manifeste des coliques depuis dix heures environ, il est agité et me dit le propriétaire, *il ne fait rien*.

Le faciès est celui d'un animal atteint de coliques violentes, le mufle est chaud et sec, les cornes et les oreilles ne sont pas encore

froides, le corps est chaud, les extrémités des membres sont un peu froides, la respiration est accélérée par suite de la douleur, en pressant l'abdomen du côté droit, vers les dernières côtes, il y a de la douleur. Absence complète de bruits intestinaux. Je crains un resserrement intestinal et je pratique la fouille rectale. Dans le rectum pas d'excréments, ou quelques bribes diarrhéiformes, gluantes, à peine pour lubrifier le canal ; je ne sens avec la main aucune dureté anormale, j'enfonce mon bras jusqu'à l'épaule, le plus profondément possible en cherchant vers le point qui m'avait paru douloureux à la pression extérieure et en même temps je fais pousser au dehors par un homme pour amener la masse intestinale mieux à ma portée. Je n'ai pu, vu la longueur du sujet et la position de la partie malade, saisir cette dernière dans la main et me rendre bien compte de sa forme, mais j'ai pu la toucher du bout des doigts et à chaque toucher, la bête manifestait de la douleur. Je déclare au propriétaire que je crains l'existence d'un resserrement intestinal, mais pour assurer le diagnostic, j'ordonne le traitement suivant :

1^o Injection de pilocarpine, 0 gr. 10 cent.

2^o Frictions sinapisées sur les reins, le flanc et le ventre.

3^o Deux cents grammes d'aloès.

4^o Lavements répétés.

Le surlendemain, le bœuf ne va que plus mal, il n'a pas rendu d'excréments. On l'abat et l'autopsie me montre un beau resserrement de l'intestin, siégeant sur les parties antérieures du tube et tout près du foie, du côté droit, en un point presque inexplorable par la palpation intérieure, si l'on n'a pas la précaution de faire rapprocher l'organe supposé atteint au moyen d'un aide qui agit à l'extérieur, sur les parois abdominales.

Observation N° 13, du 10 Mai 1902

Génisse charolaise, âgée de deux ans.

Je fus appelé dans la soirée pour donner mes soins à cette bête qui avait depuis le matin des coliques assez violentes ; à mon arrivée ces coliques commençaient à s'apaiser, ce qui faisait croire au métayer qu'il y avait un peu de mieux.

Les symptômes sont les suivants : La malade est déprimée par les violentes coliques qu'elle a eues, elle se tient cependant debout, mais la tête est basse ; le musle est sec, les yeux sont caves, les membres et les oreilles ne sont pas froids, ce qui tient à l'état fébrile. Pas de rumination, ni d'appétit, pas de borborrygmes, pas de défécation.

A l'exploration rectale, je constate la vacuité complète des parties postérieures du tube digestif. Par la palpation, je découvre tous les signes d'un resserrement intestinal siégeant un peu à gauche du plan médian, sous le rein gauche. Ce resserrement se manifeste par la présence d'une partie dure, douloureuse au toucher, précédée d'une anse intestinale plus grosse, gonflée par les matières qui s'y sont accumulées et tortillées sur elle-même.

Je conseille au propriétaire de vendre sa vache de suite, afin d'éviter l'aspect fiévreux de la viande, comme cela se voit lorsque les animaux restent longtemps souffrants. C'est ce que les bouchers expriment en disant que la viande est « tombée rouge ».

L'autopsie me démontra l'existence d'un resserrement in-

testinal aigü avec un anneau constricteur moins épais, moins dense que dans le cas de resserrement lent.

Observation N° 14, du 12 Mars 1903

Bœuf charolais, trois ans et demi.

Ce bœuf est dans un bon état d'entretien, il est malade depuis la veille au soir, c'est-à-dire depuis vingt-quatre heures environ. Les coliques violentes du début se sont un peu calmées ; il est debout, mais il se couche souvent, piétine de temps en temps pour marquer sa souffrance exprimée encore par son faciès grippé. Le mufle est sec, les oreilles froides, la température de 39°. Le corps est raide, il n'y a pas de défécation, pas de rumination et on n'entend aucun bruit à l'auscultation de l'abdomen.

Je pratique l'exploration rectale et je constate immédiatement l'existence d'un resserrement intestinal à gauche du plan médian et facile à palper en enfonçant le bras un peu plus loin que le coude.

Je dis au propriétaire que son bœuf est perdu, mais malgré mes explications, il veut tenter un purgatif : je lui parle de l'entérectomie, mais il n'y a pas confiance. En conséquence, je prescris sept cents grammes de sulfate de soude et cent vingt grammes d'aloès mélangés à faire prendre en deux fois, à deux heures d'intervalle, dans un litre de décoction de graines de lin.

Je n'ai pu faire l'autopsie de ce bœuf qui mourut au bout de deux jours, mais les métayers m'ont raconté que voulant se rendre compte de l'affection dont il était atteint, ils lui avaient trouvé les *boyaux noués*, c'est ainsi qu'ils désignent le resserrement intestinal.

Observation N° 15, du 25 Septembre 1903

Bœuf charolais. âgé de 5 ans.

Cette bête a des coliques depuis le vingt-trois dans la journée, je suis mandé pour la visiter le vingt-cinq au matin.

L'aspect général est mauvais, depuis deux jours la maladie exerce ses ravages. Il se tient constamment couché ou ne se lève qu'après avoir été fortement stimulé. Les yeux sont caves, le mufle sec et bronzé, les oreilles, les cornes et les membres froids ; le pincement des reins détermine une légère flexion de la colonne vertébrale, sans pandiculation : le ventre, au lieu d'être ballonné, est aplati. A la pression extérieure du flanc droit, il n'y a pas de douleur manifeste : à l'auscultation on n'entend aucun bruit intestinal, ce qui indique un arrêt complet des matières. Le bœuf a encore expulsé quelques excréments la veille, mais depuis il n'a rien fait. Je crois avoir affaire à un resserrement intestinal et pour confirmer mon diagnostic, je pratique l'exploration interne.

Dans les parties postérieures du rectum, je trouve quelques rares crottins desséchés, la muqueuse elle-même est sèche ; par la palpation, je trouve en enfonçant mon bras un peu plus loin que le coude un beau resserrement intestinal siègeant à gauche du plan médian, la partie malade n'est pas douloureuse, cela s'explique parce qu'elle est gangrenée, en outre l'animal n'a plus guère de force de réaction.

Je conseille l'abatage qui eut lieu le lendemain, l'autopsie démontra que mon diagnostic était fondé.

Observation N° 16, du 23 Décembre 1903

Vache charolaise, deux ans et demi.

Cette bête a travaillé un peu le vingt. Le vingt-un elle a été prise de coliques qui ont été traitées par le propriétaire : on a donné des tisanes et des lavements mais aucun purgatif. Le 22 les coliques ont disparu mais il n'y a pas eu de mieux. C'est le vingt-trois au matin que je reçois une dépêche pour me rendre auprès de la malade. J'arrive vers quatre heures du soir, la vache est couchée, on la fait lever mais elle ne reste pas longtemps dans cette position, aussitôt qu'on ne la stimule plus elle se couche de nouveau. Le client me dit que, depuis l'avant-veille, elle n'a pas fienté malgré les nombreux lavements administrés. Les yeux sont caves, la conjonctive brunâtre, le faciès exprime la fatigue, le mufle est sec, les extrémités sont froides, on voit qu'il y a beaucoup de faiblesse, pas d'appétit, pas de rumination. Le ventre n'est pas douloureux à la pression, c'est que les parties affectées sont mortes et conséquemment insensibles. A l'auscultation de l'abdomen, le silence est à peu près absolu. Tous ces symptômes réunis dénotent l'existence d'un resserrement intestinal et je pratique immédiatement la fouille rectale. Les parties postérieures de l'appareil digestif sont absolument vides, il n'y a même pas de glaires. Mon bras étant enfoncé jusqu'à l'épaule je promène la main inférieurement et je ne tarde pas à trouver une anse intestinale plus grosse que les autres, dure au toucher et légèrement tourbillonnante, elle donne au toucher une sensation spéciale, que je connais bien, mais il y a absence de douleur : malgré cela je conclus à un resserrement intestinal et j'ordonne l'abatage. La bête est immédiatement vendue à un boucher, que je prie de me garder la partie malade. Cette partie s'est montrée de suite à l'ouverture de l'abdomen, on me l'a adressée et j'ai pu constater l'existence de l'affection aigüe avec tous ses caractères.

Observation N° 17, du 12 Février 1904

Bœuf charolais, vingt mois.

Cet animal manifeste des coliques depuis l'avant-veille, mais ces coliques ont disparu dix-huit heures environ avant mon arrivée et on dirait qu'un mieux sensible s'est produit. Ce jeune bœuf est presque constamment couché, il ne manifeste aucune plainte, le faciès sans être grippé, accuse un peu de souffrance, les oreilles sont froides, les reins sont souples. Il y a absence complète d'appétit et de rumination, la défécation ne se produit plus, la température est à 38°5. La pression de l'abdomen ne détermine aucune douleur et l'auscultation de cette cavité dénote un silence presque complet.

Le décubitus presque constant, la cessation brusque des coliques et l'absence de défécation me font supposer l'existence d'un resserrement intestinal. Je pratique l'exploration abdominale interne.

Je trouve le rectum absolument vide et en palpant avec les doigts sur le plan médian inférieur, je sens immédiatement une masse de la grosseur des deux poings, assez dure et sensible à la pression, car en la malaxant avec les doigts le patient exhale des plaintes sourdes. Je conclus à l'existence d'un resserrement

intestinal, et j'avoue qu'il m'est arrivé rarement de trouver si vite et d'une façon si évidente la cause du mal.

J'explique le cas au propriétaire qui, pour faire plaisir à son métayer, me prie d'ordonner un purgatif. J'ordonne quatre cents grammes de sulfate de soude. Le lendemain soir le sujet allait plus mal et il fut abattu. Selon mon désir, on m'envoya la partie malade afin que je puisse l'examiner. Elle présentait un resserrement intestinal caractéristique, dont la cause doit être attribuée à deux tumeurs, de la grosseur d'une bille à jouer, qui existaient au commencement du resserrement. Ces tumeurs ont dû causer l'inflammation des fibres circulaires qui, en s'hypertrophiant et en se contractant, ont produit l'atrésie du canal.

En amont du point resserré, l'intestin était noir, gangréné et gorgé de matières mêlées de sang corrompu, le tout offrant un aspect gélatineux.

Observation N° 18, du 12 Mars 1904

Bœuf charolais, trois ans.

C'est vers une heure du soir que je suis appelé pour voir ce bœuf qui est atteint de coliques violentes depuis le matin.

A mon arrivée, le sujet paraît assez tranquille, les coliques sont bien moins violentes que le matin, à ce que me dit le métayer, mais ce qui me donne à réfléchir c'est que le malade est couché dès qu'il n'est plus stimulé par l'aiguillon. Le mufle est un peu sec, la pandiculation se produit en pinçant le rein, la pression du ventre ne décèle rien d'anormal, si ce n'est quelques plaintes qui sont produites plutôt par le bouleversement intestinal que par la pression du point malade. Les borborygmes sont à peu près nuls, la température rectale est à 39°.

Je pratique la fouille rectale et, à l'entrée du bassin, tout à fait à côté de la vessie, je trouve une masse intestinale de la grosseur du poing, dure et très douloureuse au toucher, comme refoulée en arrière par des efforts expulsifs désormais inutiles. La position du resserrement intestinal dans la cavité pelvienne explique l'absence de douleur à la pression du ventre. Je conseille de mener le sujet à l'abattoir, ce qui fut fait le lendemain matin et les lésions observées à l'autopsie ont montré le bien fondé de mon diagnostic.

Observation N° 19, du 20 Mars 1904

Bœuf charolais, âgé de 4 ans.

Le boucher l'a acheté chez un propriétaire qui l'a vendu, voyant qu'il ne fientait pas ; aucun vétérinaire n'a été appelé. Je ne vais donc parler que des lésions que j'ai pu observer.

Elles sont très intéressantes, car dans ce cas là, il y a eu un resserrement primitif suivi d'une invagination siégeant sur une longueur de six centimètres. En effet, en déployant cette fausse invagination nous obtenons un organe qui ressemble absolument au resserrement intestinal tel que nous l'avons décrit.

Au point resserré, les fibres circulaires de cette partie ont écrasé l'intestin à la façon d'une ligature en caoutchouc, elles sont enflammées, dures au toucher et crient sous l'instrument tranchant quand on les coupe ; nous y avons trouvé intérieurement deux petites néoplasies de la grosseur d'une forte noisette, qui

ont dû produire l'inflammation de la couche musculaire et par suite l'atrésie du canal intestinal. L'invagination s'était produite consécutivement de la manière que nous avons expliquée à propos de l'anatomie pathologique.

Observation N° 20, du 20 Août 1904

Bœuf charolais, âgé de 5 ans.

La veille cet animal a manifesté un malaise général accompagné de quelques coliques. Ce matin on le met au joug, mais réflexion faite on le remet à l'écurie et on vient me chercher.

J'arrive au domaine vers les neuf heures du matin, mon malade est couché, je le fais lever, il n'a plus de coliques et paraît tranquille, mais son faciès exprime des douleurs sourdes, le mufle est garni de rosée, les yeux sont légèrement enfoncés, et la conjonctive est couleur acajou. Les extrémités ont leur chaleur normale, la pression du rein détermine très bien le mouvement de pandiculation, il n'y a pas de ballonnement, pas de défécation, l'appétit est nul, la rumination ne s'effectue plus, la température rectale est 39°5.

Tous ces symptômes à première vue ne paraissent pas très alarmants, cependant je crains, étant donné cet accès de coliques, l'existence d'un resserrement intestinal, et je pratique l'exploration abdominale interne. Le rectum est plein d'excréments à peu près normaux : après l'avoir vidé et avoir enfoncé le bras le plus avant possible, je trouve, en palpant, à travers le colon flottant, une tumeur allongée de la grosseur du poing, peu mobile, douloureuse au toucher, terminée par une partie rétrécie, dure, tumeur siégeant à gauche, entre le rein du même côté et le plafond du rumen. Cette tumeur est formée par les matières amoncelées en avant du point où existe le resserrement intestinal.

Je conseille l'abatage, mais le propriétaire est loin et le métayer ne veut pas agir sans lui. J'écris immédiatement au propriétaire et le vingt-deux au matin je reçois une dépêche de vendre le bœuf. Le vingt-deux au soir, les symptômes se sont aggravés, l'œil est enfoncé dans l'orbite, le rectum est sec et ne contient plus que quelques glaires, des mucosités s'échappent par le nez et se sont collés à l'ouverture des naseaux, ce qui montre que le bœuf ne se lèche plus. Vendu immédiatement au boucher, il est abattu devant moi. L'autopsie nous montre l'existence d'un resserrement intestinal siégeant au-dessus du rein gauche et au-dessus du rumen, comme je l'avais constaté par la palpation interne sur l'animal vivant.

Observation N° 21, du 29 Août 1904

Bœuf charolais, 4 ans.

Ce bœuf est malade depuis trente-six heures environ, il a eu des coliques très violentes, il se couchait, se relevait, se mettait sur le dos, mais depuis six heures, ses coliques ont disparu et, l'animal ne fientant pas, on vient me chercher.

J'arrive au domaine vers sept heures du matin, mon malade est couché, on le fait aisément lever en le stimulant avec l'aiguillon. Au premier abord, il ne paraît pas trop souffrir quoique le faciès soit altéré, les yeux sont un peu rouges et enfoncés dans l'orbite, le mufle a de la rosée, la pression des reins détermine la pandicu-

lation, la température est à 38°5, il y a donc peu de fièvre. La pression de l'abdomen dénote peu de douleur sauf à la partie inférieure du flanc droit. Il y a absence de rumination, de défécation et d'appétit.

Je pratique l'exploration intra-abdominale par la voie rectale. Je ne trouve rien dans la région postérieure, mais en enfonçant mon bras le plus profondément possible et en faisant soulever le ventre par deux hommes, je constate qu'il existe un resserrement intestinal caractéristique dans la partie de l'intestin grêle logée vers la base du flanc droit ; une anse intestinale est grossie, dure au toucher, moins mobile que les autres et terminée par une pointe rétrécie. Je conseille l'abatage immédiat pour la boucherie : le bœuf n'a pas été vendu dans ma localité, de sorte que je n'ai pas pu le voir à l'abattoir et examiner les lésions, mais le boucher acheteur, auquel j'avais laissé un mot pour me renseigner plus tard, m'a affirmé que le resserrement intestinal existait bien dans le point que je lui avais désigné, c'est à-dire vers la base du flanc droit.

Conclusions Générales

1° L'occlusion par sténose ou resserrement de l'intestin chez le bœuf est un accident assez fréquent que j'ai rencontré dans les proportions de 15 0/0 des cas de coliques constatés dans l'espèce bovine.

2° Les conditions prédisposant à cet accident paraissent être les affections vermineuses et les néoplasmes.

3° Les coliques dues à cette occlusion se traduisent par des signes exprimant la tristesse, l'angoisse, l'abattement et des douleurs violentes pendant une durée minimum de 8 à 12 heures.

4° Le refus obstiné d'aliments solides et liquides, accompagné de coliques violentes suivies de rémissions, et l'absence complète de défécation, peuvent être considérés comme des signes pathognomoniques de cet accident.

5° Le pronostic est d'une gravité exceptionnelle, la terminaison par la mort est la règle générale.

6° L'entérectomie seule serait susceptible d'éviter cette terminaison fatale, mais elle n'est guère réalisable chez les grands animaux. Elle n'aurait de chances de succès qu'à la condition d'être pratiquée tout à fait au début de l'affection. Mais avant l'infection du péritoine, pour un bovin il n'y a même pas lieu de courir cette chance, attendu qu'en le livrant à temps à la boucherie, on peut en retirer la moitié, voire même les deux tiers de la valeur. C'est ici le cas de dire que, à vouloir trop gagner on risque de tout perdre.

Vu :

*Le Directeur de l'Ecole
Vétérinaire de Lyon,
F. X. LESBRE.*

*Le Professeur de
l'Ecole Vétérinaire,
C. CUNY.*

Vu :

*Le Doyen,
J. LÉPINE.*

*Le Président de la Thèse,
D^r TIXIER.*

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 2 Mars 1925.

*Le Rectum, Président du Conseil de l'Université,
J. CAVALIER.*

OCCLUSION DE L'INTESTIN

PAR

RESSERREMENT CHEZ LE BŒUF

